МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР
УПРАВЛЕНИЕ ПО ВНЕДРЕНИЮ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ К ПРИМЕНЕНИЮ ст. 62 УК РСФСР И СООТВЕТСТВУЮЩИХ СТАТЕЙ УК ДРУГИХ СОЮЗНЫХ РЕСПУБЛИК

(Методические рекомендации)

Москва — 1983

Настоящие рекомендации составлены во Всесоюзном ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательском институте общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского профессором В. П. Беловым, профессором А. К. Качаевым, доктором медицинских наук З. Г. Туровой, ученым секретарем по наркологии Минздрава СССР С. С. Алексеевым.

Местным органам здравоохранения разрешается размножить в необходимом количестве экземпляров.

«УТВЕРЖДАЮ»
Начальник Управления по внедрению
новых лекарственных средств и
медицинской техники МЗ СССР
Э. БАБАЯН
3 марта 1983 г.
№ 21-11/61-27

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ К ПРИМЕНЕНИЮ ст. 62 УК РСФСР И СООТВЕТСТВУЮЩИХ СТАТЕЙ УК ДРУГИХ СОЮЗНЫХ РЕСПУБЛИК

(Методические рекомендации)

Принудительные меры медицинского характера, применяемые в отношении лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, имеют важное значение не только для проведения планомерного, многостороннего и длительного противоалкогольного лечения, но и для предупреждения нарастания морально-нравственной деградации, а также антиобщественного, криминального поведения этих граждан. Такие меры назначаются в соответствии с определением народных судов. Основанием для этого, наряду с наличием клинических признаков хронического алкоголизма, являются факты систематического нарушения общественного порядка и трудовой дисциплины, причинение семье серьезного материального ущерба, активный или пассивный отказ от соответствующего лечения.

Впервые в законодательном порядке эта проблема нашла непосредственное отражение в статье 26 УК РСФСР в редакции 1926 года, которая, применительно к лицам, обнаруживающим признаки хронического алкоголизма и совершившим преступление, предусматривала в качестве основной меры назначения лишения свободы, и в качестве дополнительной меры — принудительное лечение от алкоголизма.

Действующее Уголовное законодательство предусматривает определенный порядок назначения и проведения принудительного лечения лицам, злоупотребляющим спиртными напитками или наркотическими веществами и совершившим правонарушение.

В отношении больных, у которых алкоголизм развился на фоне хронического психического заболевания или слабоумия («вторичный алкоголизм»), а равным образом и лиц, у которых в результате хронического алкоголизма возникли те или иные психотические состояния (алкогольные психозы), применение принудительных мер медицинского характера осуществляется в соответствии с действием ст. 11 и ст. 58—61 УК РСФСР *.

Алкоголикам или наркоманам, совершившим преступление и признанным вменяемыми, принудительное противоалкогольное лечение осуществляется в соответствии с действием ст. 62 УК РСФСР. **

Важное значение имеет и ст. 58 Исправительно-трудового Кодекса РСФСР *** (а равно и соответствующие статьи ИТК союзных республик), которая находится в логической связи со ст. 62 УК РСФСР, поскольку в случаях невыявленного по тем или иным причинам в процессе следствия у обвиняемых хронического алкоголизма, последний, согласно этой статье, может быть обнаружен у осужденного в период пребывания в местах лишения свободы. Согласно ст. 58 ИТК РСФСР в случае установления у осужденного хронического алкоголизма администрация Исправительно-трудового учреждения (ИТУ) должна обратиться в суд с ходатайством о необходимости проведения такому лицу принудительного противоалкогольного лечения в местах лишения свободы.

В связи с этим необходимо обратить внимание на роль медицинского заключения о необходимости проведения противоалкогольной терапии, что вытекает из Постановления VI Пленума Верховного Суда СССР от 26 сентября 1975 г. В пункте 4 резолютивной части Постановления сказано, что медицинское заключение оценивается судом наряду с дру-

---

* Уголовный Кодекс РСФСР, «Юридическая литература, М., 1978, ст. 11 — «Невменяемость»,

ст. 58—«Применение принудительных мер медицинского характера к душевнобольным»,

ст. 59 — «Помещение в психиатрическую больницу»,

ст. 60 — «Назначение, изменение и применение к душевнобольным принудительных мер медицинского характера»,

ст. 61 — «Зачет времени применения принудительных мер медицинского характера».

** Уголовный Кодекс РСФСР, «Юридическая литература», М., 1978,

ст. 62 — «Применение принудительных мер медицинского характера к алкоголикам и наркоманам или установление над ними попечительства».

*** Исправительно-трудовой Кодекс РСФСР, «Юридическая литература», М., 1972.

гими доказательствами, однако, в случае несогласия суда с врачебными выводами относительно применения принудительного лечения, его решение должно быть мотивировано. Суд назначает принудительное лечение при наличии медицинского заключения, в котором имеются положительные ответы на следующие вопросы: 1) является ли данное лицо алкоголиком, 2) нуждается ли оно в принудительном лечении от алкоголизма и 3) не имеется ли в данном случае противопоказаний к проведению такого лечения.

В Постановлении Пленума Верховного Суда СССР № 1 от 25 марта 1982 г. «О выполнении судами руководящих разъяснений Пленума Верховного Суда СССР по вопросу применения законодательства, направленного на борьбу с пьянством и алкоголизмом» особое значение придается заключению медицинских комиссий при решении вопроса о применении принудительного противоалкогольного лечения к совершившему преступление алкоголику.

Особое значение имеет изданная 24 ноября 1981 г. инструкция Министерства здравоохранения СССР, утвержденная Министерством Внутренних дел и согласованная с Прокуратурой СССР, Министерством юстиции СССР и Верховным Судом СССР о порядке освидетельствования лиц, привлеченных к уголовной ответственности, на предмет применения к ним принудительных мер медицинского характера, предусмотренных ст. 62 УК РСФСР и соответствующими статьями УК других союзных республик.

Известно, что лишь суд при наличии соответствующего медицинского заключения может решить вопрос о применении к лицу, совершившему преступление и являющемуся больным алкоголизмом, принудительного лечения. Данная инструкция определяет структуру и ведомственную подчиненность медицинских комиссий, которым предоставлено право (помимо судебно-психиатрических) проводить подобное освидетельствование.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения СССР за № 1127 от 18 ноября 1982 г. «О создании специальных медицинских комиссий для проведения наркологических экспертиз» с 1 января 1983 г. в составе республиканских, краевых, областных, московских и ленинградских городских наркологических диспансеров создаются специальные медицинские комиссии для проведения наркологических экспертиз. Этим комиссиям, помимо освидетельствования больных хроническим алкоголизмом и наркоманиями для направления на принудительное лечение в лечебно-трудовые профилактории МВД СССР и медицинского освидетельствования

больных хроническим алкоголизмом с тяжелыми сопутствующими заболеваниями для решения вопроса о направлении их на принудительное лечение в специальные наркологические отделения Министерства здравоохранения СССР осуществляют медицинское освидетельствование лиц, привлеченных к уголовной ответственности на предмет применения к ним принудительных мер медицинского характера, предусмотренных статьей 62 УК РСФСР и соответствующими статьями УК других союзных республик.

Такие комиссии состоят из 3 врачей — психиатра-нарколога, терапевта и невропатолога (приложение к приказу Министерства здравоохранения СССР от 18 ноября 1982 г. за № 1127). Приказ Министерства здравоохранения СССР от 18 ноября 1982 г. за № 1135 «Об улучшении работы по освидетельствованию лиц, привлеченных к уголовной ответственности на предмет применения к ним принудительных мер медицинского характера, предусмотренных статьей 62 УК РСФСР и соответствующими статьями УК других республик», обязал членов медицинских комиссий, освидетельствующих указанных лиц, руководствоваться «Инструкцией о порядке освидетельствования лиц, привлеченных к уголовной ответственности, на предмет применения к ним принудительных мер медицинского характера, предусмотренных статьей 62 УК РСФСР и соответствующими статьям УК других союзных республик» от 4 ноября 1981 г. и «Перечнем заболеваний, препятствующих назначению принудительного лечения больным хроническим алкоголизмом или наркоманией, осуществляемого в соответствии со статьей 62 УК РСФСР и соответствующими статьями УК других союзных республик» от 4 декабря 1981 г.

Медицинское освидетельствование лица, совершившего преступление, и в отношении которого избрана мера пресечения в виде содержания под стражей согласно инструкции МЗ СССР от 24 ноября 1981 г. производится в местах содержания указанных лиц (следственные изоляторы, тюрьмы) в специально выделенные дни по графику, составленному местными органами здравоохранения.

Инструкцией предусмотрено, что подследственные или подсудимые, находящиеся на свободе, обследуются медицинскими комиссиями наркологических диспансеров.

Явку больных алкоголизмом или наркоманией на освидетельствование обеспечивает орган, в производстве которого находится уголовное дело.

В случае уклонения больных алкоголизмом или наркоманией от освидетельствования доставление этих лиц на комис-

сию осуществляется органами внутренних дел в принудительном порядке.

Порядок освидетельствования несовершеннолетних осуществляется в соответствии с уголовно-процессуальным законодательством союзных республик и настоящей Инструкцией.

При проведении освидетельствования медицинская комиссия руководствуется Инструкцией и Перечнем заболеваний, препятствующих применению принудительного лечения больным хроническим алкоголизмом или наркоманией, осуществляемого в соответствии со статьей 62 УК РСФСР и соответствующими статьями УК других союзных республик.

Следует подчеркнуть, что перечень заболеваний, препятствующих назначению принудительного лечения больным хроническим алкоголизмом или наркоманией, в основном включает тяжелые хронические прогрессирующие болезни, к которым относятся злокачественные заболевания (II—IV клинические группы); тяжелые прогрессирующие формы сердечно-сосудистой патологии с недостаточностью и нарушением кровообращения III степени, либо с резко выраженными трофическими изменениями (случаи облитерирующего эндартериита тромбангиита; прогрессирующие формы двустороннего туберкулеза легких, деструктивного туберкулеза позвоночника, крупных костей и суставов, а также хронические нагноительные заболевания легких и пневмокаииозы с сердечно-сосудистой недостаточностью III степени). К этой же категории заболеваний отнесены тяжелые формы цирроза печени, хронического нефрита, бронзовой болезни и острые лейкозы. Препятствуют назначению принудительного противоалкогольного лечения стойкие и прогрессирующие органические поражения центральной нервной системы, болезни нервно-мышечного аппарата, гепатолентикулярная дегенерация и т. д. В этом перечне психическая патология представлена шизофренией, эпилепсией и психозами с хроническим течением и явлениями слабоумия. Кроме того, не подлежат принудительному лечению от алкоголизма или наркомании беременные женщины и кормящие матери, а также инвалиды I группы вне зависимости от вида заболевания.

Больные с сопутствующими алкоголизму заболеваниями, требующими срочного специализированного стационарного лечения, больные с активным туберкулезом легких и других органов, а также сифилисом в заразном периоде после проведения соответствующего специализированного лечения подлежат принудительному лечению от алкоголизма.

Медицинское заключение должно быть основано на данных, представленных в комиссию следователем, лицом, производящим дознание, или судом, а также на результатах клинического обследования больного.

В Инструкции отмечено, что следователь или лицо, производящее дознание, представляет в комиссию для ознакомления материалы, характеризующие обследуемого по месту жительства, работы или учебы с обращением особого внимания на факты противоправного поведения, связанные со злоупотреблением спиртными напитками или наркотическими веществами, а также выписки из истории болезни подследственного, затребованные из психоневрологического или наркологического диспансеров и поликлиники по месту жительства. Суд предоставляет в комиссию уголовное дело и выписку из истории болезни подсудимого, при отсутствии ее в деле.

В Инструкции указано, что при освидетельствовании особое внимание следует уделять началу употребления алкоголя или наркотических веществ, возникновению влечения у больного к алкоголю или наркотикам, потере контроля над количеством употребляемого алкоголя, формированию и особенностям синдрома похмелья, толерантности, поведению испытуемого в состоянии опьянения, наличию амнестических форм опьянения, употреблению суррогатов, поступлениям в медицинские вытрезвители, отношению к работе, взаимоотношениям в семье и т. д., что определяет развернутый диагноз заболевания.

Выбор того или иного вида противоалкогольного лечения (или лечения больных наркоманией) и необходимые для этого лабораторные обследования осуществляются лечебными учреждениями по месту отбывания наказания.

Заключение составляется в 3-х экземплярах, два из которых не позднее, чем на следующий день после освидетельствования, направляются органу, поручившему освидетельствование, а третий хранится в истории болезни освидетельствованного.

Медицинское заключение подписывается всеми членами комиссии и заверяется печатью данного лечебного учреждения.

Как отмечено в вышеприведенной инструкции два вида судебно-психиатрической экспертизы — стационарная и амбулаторная отвечают на вопросы судебно-следственных органов о применении к обвиняемым ст. 62 УК РСФСР.

Касаясь клинико-демографической характеристики лиц, проходивших амбулаторную и стационарную экспертизу во ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского с

рекомендацией применения ст. 62 УК РСФСР следует отметить, что подавляющее большинство изученных лиц мужчины; женщины составляют 3,7% от общего количества, что является спецификой экспертного материала как стационарного, так и амбулаторного.

Возрастные параметры подэкспертных с наличием хронического алкоголизма не обнаруживают существенного отличия. Незначительный процент лиц в возрасте до 20 лет и после 50 при амбулаторном освидетельствовании, по-видимому, обусловлен особенностями этого вида экспертизы, так как однократное обследование не всегда позволяет разрешить диагностические сомнения, которые, естественно, более часты при хроническом алкоголизме в юношеском и пожилом возрасте.

Низкий образовательный и профессиональный уровень отражает социальную девиацию подэкспертных, а тот факт, что указанные показатели более выражены по амбулаторaным данным, свидетельствует о том, что окончательное заключение при этом виде экспертизы возможно лишь при наличии типичных, клинически очерченных форм хронического алкоголизма. Этим обстоятельством объясняется и значительно большее, чем при стационарной экспертизе количество лиц, состоящих на учете психоневрологических, наркологических диспансеров с диагнозом хронической алкоголизм, которым ранее проводилось противоалкогольное лечение, в том числе и в ЛТП.

Общеизвестно значение преморбидных свойств личности в развитии и формировании хронического алкоголизма. У большинства подэкспертных, вне зависимости от вида экспертизы, отмечались значительные аффективные расстройства с преобладанием эксплозивных и истерических черт, определяющих особенности реагирования. Если принять во внимание, что сам алкоголизм приводит к такого рода нарушениям, то в ряде случаев трудно решить являются ли эти особенности результатом аномалий характера, последствий органического поражения головного мозга или они представляют собой следствие токсического воздействия алкоголя. Все же примерно каждый четвертый подэкспертный обнаруживал и до развития хронического алкоголизма такие особенности характера как повышенная возбудимость или истерические формы реагирования. При амбулаторной экспертизе количество резидуальных органических (ранние нейроинфекции) и посттравматических аффективных нарушений было более высоким, чем по данным судебно-психиатрической клиники, однако выявлялись одни и те же стержневые синдромы — экс-

плозивный и истерический, которые, как отмечалось выше, доминируют и в клинике хронического алкоголизма. Это обстоятельство свидетельствует о возрастающей склонности таких лиц к возникновению различного рода конфликтных отношений с окружающими. Обращает на себя внимание один и тот же высокий показатель (около 70% и при стационарной и при амбулаторной экспертизе) наличия у подэкспертных длительно существующей психотравмирующей ситуации, определяющей пролонгированное состояние эмоционально отрицательного напряжения, которое, в свою очередь, создавало аффективно-насыщенную направленность агрессивных действий против конкретных лиц. Именно этим в какой-то мере можно объяснить преобладание правонарушений против личности и в меньшей степени против личной и общественной собственности. Поскольку подавляющее большинство подэкспертных совершило преступления в нетрезвом состоянии, учитывая свойственные этим лицам формы опьянения (эксплозивная, истерическая), — выявился большой процент повторных, аналогичных по фабуле правонарушений.

Приведенные данные характеризуют личность подэкспертных, их морально-этический облик, свойственные им поведенческие реакции, определяющие социальную опасность таких лиц.

Если приведенные выше показатели не обнаружили существенного отличия у больных алкоголизмом, которым как стационарная, так и амбулаторная экспертиза рекомендовала применение ст. 62 УК РСФСР — то количественное соотношение по стадиям * хронического алкоголизма выявило значительное различие. Во-первых, при стационарной экспертизе в 7 раз чаще, чем при амбулаторной определяется 1-ая стадия хронического алкоголизма, во-вторых, вдвое чаще в стационаре диагностируется вторая стадия, но в два раза реже 3-я стадия. Аналогичное различие выявилось при изучении длительности злоупотребления спиртными напитками. Так при стационарном обследовании количество больных алкоголизмом с длительностью последнего до 5—14 лет наблюдалось в 9 раз чаще, чем при амбулаторной экспертизе. Более длительные сроки алкоголизации преобладали при амбулаторной экспертизе.

В судебно-психиатрической практике вынесение рекомендации о целесообразности применения ст. 62 УК РСФСР во многом зависит от точной квалификации медицинского критерия ст. 11 УК РСФСР применительно к данным случаям.

* По классификации, предложенной И. В. Стрельчуком.

Здесь уместным будет сказать, что начальные стадии хронического алкоголизма главным образом выявляются у испытуемых при стационарной судебно-психиатрической экспертизе. Обоснованность и своевременность диагностирования алкоголизма как клинической реальности в конечном счете определяет как можно более раннее назначение наиболее эффективных методов лечения, а следовательно, и более благоприятный социально-трудовой прогноз, а также более надежную профилактику повторных правонарушений. Следует специально подчеркнуть большое прогностическое значение правильной оценки состояния испытуемого с точки зрения современного понимания клинической динамики алкоголизма. Дело в том, что используемая в экспертной практике формулировка «склонность к злоупотреблению алкоголем», нередко скрывая за собой клинически достоверные признаки первой стадии алкоголизма, не имеет конкретного смыслового значения и в сущности лишает испытуемого необходимой ему медицинской помощи.

Поскольку речь идет о тактике судебных психиатров при решении диагностических и экспертных вопросов в отношении лиц, обнаруживающих признаки хронического алкоголизма, следует остановиться на анализе еще одного обстоятельства. Известно, что в условиях судебно-следственной ситуации и нередко вскоре после привлечения к уголовной ответственности у испытуемых могут развиваться болезненные расстройства психической деятельности алкогольной, реактивной или смешанной этиологии. Иногда они приобретают затяжное течение и тогда, в соответствии с частью 2 ст. 11 УК РСФСР, такие лица по определению суда направляются в психиатрические больницы для принудительного проведения им соответствующего лечения, при этом они признаются вменяемыми как совершившие противоправные деяния до возникновения психического заболевания. После выздоровления они возвращаются к временно прерванному следственному или судебному разбирательству.

Если эти психотические состояния носят реактивный характер, то, как показывает судебно-психиатрическая практика, в качестве причинного фактора в диагностической формуле упоминается психогенная и, зачастую, одновременно игнорируется патологическая почва, на которой возникают эти временные болезненные расстройства психической деятельности, т. е. алкогольная интоксикация. Именно поэтому ни в экспертном заключении, ни в терапевтических рекомендациях не констатируется факт наличия хронического алкоголизма. Подобную практику следует считать необоснованной и

неправомерной, поскольку имеются все основные обстоятельства, определяющие применение ст. 62 УК РСФСР, — наличие хронического алкоголизма у испытуемого, признанного вменяемым в отношении инкриминируемого деяния.

При направлении подэкспертного в психиатрическую больницу по поводу реактивного психоза следует учитывать и возможность проведения в условиях стационара противоалкогольной терапии. Все это, несомненно, осуществимо при наличии соответствующей рекомендации в резолютивной части судебно-психиатрического акта.

Таким образом, как при стационарной, так и при амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе рекомендации относительно применения принудительного противоалкогольного лечения лиц с признаками хронического алкоголизма (на любом из его этапов развития), а также лиц, подпадающих под действие части 2 ст. 11 УК РСФСР, должны содержаться в резолютивной части акта.

Суды при вынесении определения о проведении в ИТУ принудительного противоалкогольного лечения учитывают два обстоятельства: наличие клинических признаков хронического алкоголизма и отсутствие противопоказаний к противоалкогольной терапии. В этой связи следует отметить следующее. Арсенал современных видов противоалкогольной терапии достаточно богат — от рациональной психотерапии, гипнотерапии, витаминотерапии, применения комплекса детоксицирующих средств до назначения сильнодействующих препаратов (психотропные вещества, тетурам и т. д.). Естественно, к применению психотерапии, витаминотерапии и других общеукрепляющих средств противопоказаний, как правило, нет. Последние, однако, могут иметь место по отношению к апоморфину, тетураму, психотропным веществам. Выбор того или иного метода лечения не является компетенцией суда, а непосредственно определяется врачами ИТУ, проводящими противоалкогольную терапию в соответствии с регламентацией ст. 62 УК РСФСР.

Известно, что у лиц, подпадающих под действие указанной статьи, при наличии второй и, особенно, третьей стадии хронического алкоголизма довольно часто наблюдаются различные неврологические и соматические заболевания, при которых проведение полного курса противоалкогольного лечения невозможно. Вместе с тем наличие противопоказаний к назначению тех или иных лекарственных веществ ни в коей мере не может служить препятствием к применению других видов лечения, имеющихся в распоряжении врачей. При этом, естественно, наличие противопоказаний к применению наи-

более эффективных препаратов и действенных методов лечения ограничивает возможности применения всего арсенала терапевтических мер и в конечном итоге снижает результативность лечения. Следует, однако, подчеркнуть, что назначение принудительного лечения против алкоголизма преследует две цели — медицинскую и социальную. Поэтому даже при наличии противопоказаний к применению определенных лекарственных средств в экспертном заключении следует рекомендовать проведение противоалкогольной терапии в ИТУ с учетом имеющегося у данного лица неврологического или соматического заболевания, сведения о котором должны быть отражены в описании соответствующих статусов.

У суда при этом не возникает каких-либо затруднений при решении вопроса о применении части 1 ст. 62 УК РСФСР, * согласно которой к алкоголикам и наркоманам по ходатайству различных общественных организаций и по рекомендации медицинских учреждений суд, наряду с определением меры наказания за совершенное преступление, может применить принудительное лечение. Принудительная противоалкогольная терапия в подобных случаях возлагается на медицинскую службу ИТУ.

Часть 2 ст. 62 УК РСФСР ** относится к лицам, совершившим противоправное действие, которое по своему характеру не влечет за собой наказания, связанного с лишением свободы. В отношении таких лиц правомерно назначение принудительного лечения от алкоголизма, которое следует проводить «в медицинских учреждениях со специальным лечебным и трудовым режимом».

Судебно-психиатрическая экспертиза, в компетенцию которой входит установление факта наличия алкоголизма у подэкспертного и обоснование целесообразности применения ст. 62 УК РСФСР, должна давать суду соответствующие рекомендации вне зависимости от того, будет ли данный субъект осужден к лишению свободы или к мерам, не связанным с лишением свободы. Исходя из этого, следует считать неправомерной такую формулировку экспертного заключения:

---

* «В случае совершения преступления алкоголиком или наркоманом суд при наличии медицинского заключения, по ходатайству общественной организации, коллектива трудящихся, товарищеского суда, органа здравоохранения или по собственной инициативе, наряду с наказанием за совершенное преступление, может применить к такому лицу принудительное лечение». Уголовный Кодекс РСФСР. «Юр. лит». М., 1978, с. 30.

** «Указанные лица (алкоголики или наркоманы), осужденные к мерам наказания, не связанным с лишением свободы, подлежат принудительному лечению в медицинских учреждениях со специальным лечебным и трудовым режимом». Там же, с. 30.

«В связи с наличием признаков хронического алкоголизма (имярек) в случае осуждения к лишению свободы в исправительно-трудовой колонии рекомендуется применение статьи 62 УК РСФСР».

В то же время в случаях применения части 2 ст. 62 УК РСФСР возникает другой, более сложный вопрос в каких учреждениях проводить принудительное противоалкогольное лечение или лечение от наркомании лицам, совершившим правонарушение и приговоренным судом к наказанию без лишения свободы. Созданные в настоящее время по приказу Министерства здравоохранения СССР на крупных стройках и предприятиях наркологические кабинеты и стационары вполне соответствуют двум основным положениям части 2 ст. 62 — проведение специализированного лечения в медицинском учреждении, сочетающегося с трудовой деятельностью на предприятии.

Имеются свои юридические и организационные особенности при решении вопросов, вытекающих из регламентаций части 3 ст. 62 УК РСФСР. *

В данном случае речь идет о лицах, отбывших наказание, но не закончивших курса противоалкогольного лечения. В медицинском заключении обычно лишь констатируется факт необходимости дальнейшего проведения начатого в ИТУ лечения. Последующие организационные мероприятия, вытекающие из определения судов, осуществляются по-разному. В одних республиках эти лица помещаются в ЛТП, в других — в учреждения системы здравоохранения, так как четкой регламентации по этому вопросу нет. Лишь в Эстонской ССР Указом Президиума Верховного Совета от 30.08.74 г. узаконено направление таких лиц в ЛТП в тех случаях, если органами милиции будет установлен факт уклонения от лечения в медицинском учреждении и продолжение злоупотребления спиртными напитками.

Между тем направление осужденных в лечебно-трудовые профилактории в соответствии с действием частей 2 и 3 ст. 62 УК РСФСР сопряжено с решением двух сложных вопросов, не имеющих однозначной юридической оценки. Первый из них состоит в том, что согласно указанной статье, суд не определяет сроки лечения, длительность которого является компетенцией медицинских работников, при этом прекраще-

* «В случае осуждения таких лиц (алкоголиков и наркоманов) к лишению свободы они подлежат принудительному лечению во время отбывания наказания, а после освобождения из места лишения свободы, в случае необходимости продления такого лечения, — в медицинских учреждениях со специальным лечебным и трудовым режимом». Там же.

ние принудительного лечения осуществляется судом на основании медицинского заключения. Сроки же пребывания в ЛТП определяются судом.

Содержание другого вопроса заключается в том, что в лечебно-трудовые профилактории направляются хронические алкоголики, которые нарушают общественный порядок и уклоняются от лечения, тогда как далеко не всегда отмеченные два обстоятельства характеризуют поведение лиц, осужденных к мерам наказания без лишения свободы или освобожденных из заключения по окончании срока наказания, но не завершивших начатую в ИТК противоалкогольную терапию. Следует учесть, что из числа освободившихся по окончании срока наказания, но не завершивших полного курса противоалкогольного лечения, имеется немалое количество лиц, которые не отказываются от продолжения лечения. Последнее обстоятельство предусмотрено специальным приказом Министерства здравоохранения СССР, согласно которому организованные в республиках, краях и областях наркологические кабинеты будут осуществлять амбулаторное лечение таких граждан.

В своей работе психиатру-эксперту необходимо исходить из понимания логической связи между двумя обстоятельствами: установление диагноза хронического алкоголизма в обязательном порядке влечет за собой оценку возможности применения противоалкогольного лечения, что в случае признания подэкспертного вменяемым возлагается на медицинскую службу ИТУ. В то же время это положение вызывает различные, зачастую прямо противоположные мнения среди юристов. Так, например, существует точка зрения, согласно которой рекомендация о применении ст. 62 УК РСФСР не может исходить от судебно-психиатрических комиссий, поскольку в их состав не входят врач-невропатолог и врач-терапевт, которые вместе с врачом-психиатром в поликлинике и диспансере выносят заключение о необходимости и возможности проведения принудительного противоалкогольного лечения. Ответы на эти вопросы содержатся в упомянутой выше инструкции МЗ СССР.

Часть 4 ст. 62 УК РСФСР * не имеет отношения к деятельности психиатров-экспертов, поскольку в ней определяется процедура прекращения принудительного лечения от алкоголизма лиц, отбывающих или отбывших наказание в свя-

* «Прекращение принудительного лечения производится по представлению лечебного учреждения, в котором лицо находится на излечении». Там же.

зи с совершением уголовного преступления. Вместе с тем следует отметить роль медицинского заключения, смысл и содержание которого являются решающими для вынесения соответствующего определения.

Наряду с широким применением различных мероприятий по проведению противоалкогольного лечения хроническим алкоголикам определенное место занимают и такие меры, как признание этих лиц ограниченно дееспособными, нуждающимися в попечительстве (часть 5 ст. 62 УК РСФСР *; Указ Президиума Верховного Совета РСФСР «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма от 19 июня 1972 г.»). Указанные меры «выражаются в первую очередь в представлении кому-либо, например, одному из членов семьи, права получить заработную плату, пенсию лица, над которым установлено попечительство, для распоряжения этими средствами в интересах семьи» (Комментарий к Уголовному Кодексу РСФСР, М., 1971). Такая рекомендация о попечительстве ни в коей мере не предопределяет неответственность лиц, признанных ограниченно дееспособными, в отношении возможного совершения ими нового правонарушения, так как попечительство исходит из совершенно иных, чем опека, предпосылок, в основу которых положены интересы семьи, попадающей в тяжелое материальное положение в результате алкоголизма подэкспертного.

Как правило, в практике судебно-психиатрической экспертизы рекомендация относительно применения ст. 62 УК РСФСР предполагает проведение противоалкогольного лечения в местах лишения свободы. Ссылки на те или иные части данной статьи, в том числе касающиеся ограничения дееспособности и установления попечительства, в экспертных рекомендациях либо отсутствуют, либо встречаются очень редко. Необходимо подчеркнуть, что сама по себе диагностика хронического алкоголизма не раскрывает конкретного этапа данного заболевания. А это, безусловно, имеет весьма важное значение. Известно, что терапевтический прогноз по мере развития хронического алкоголизма становится все менее благоприятным, что в известной мере бывает обуслов-

---

* «В случае совершения преступления лицом, злоупотребляющим спиртными напитками или наркотическими веществами и ставящим в связи с этим свою семью в тяжелое материальное положение, суд наряду с применением за совершенное преступление наказания, не связанного с лишением свободы, вправе по ходатайству членов его семьи, профсоюзной и иной общественной организации, прокурора, органа опеки и попечительства или лечебного учреждения признать его ограниченно дееспособным. На основании приговора суда над этим лицом устанавливается попечительство». Там же, стр. 30—31.

лено увеличением противопоказаний к применению наиболее эффективных методов лечения.

На третьей стадии хронического алкоголизма нарастающая измененность реакции организма на алкоголь (снижение толерантности, утяжеление «физической зависимости», непереносимость больших доз алкоголя) сочетается с почти необратимыми нарушениями психической, неврологической и соматической сфер. Психические нарушения складываются из стойких интеллектуально-мнестических расстройств, нарушений аффективности по органическому типу, выраженного огрубения всех видов эмоционального реагирования при одновременном нивелировании личностных особенностей, а главным образом из все боле явного и обнаженного проявления эгоистических тенденций, преобладания потребительских интересов с неприкрытым отказом от выполнения обязанностей перед семьей, производственным коллективом, обществом.

Углубляющаяся психическая деградация определяет возрастающую общественную опасность таких лиц и в то же время суживает диапазон противоалкогольных терапевтических возможностей. Во всех подобных случаях при судебно-психиатрической экспертизе, наряду с рекомендацией принудительного лечения, следует рекомендовать и установление ограниченной дееспособности. Кстати сказать, в судебной практике в настоящее время все шире применяется ограничение дееспособности алкоголиков и наркоманов.

Часть 5 ст. 62 УК РСФСР не может рассматриваться в отрыве от ст. 16 Гражданского Кодекса РСФСР и аналогичных статей союзных республик, регламентирующих установление по решению суда ограниченной дееспособности граждан, злоупотребляющих спиртными напитками и наркотическими веществами, следствием чего являются тяжелые материальные затруднения в семье. Отличие ст. 16 ГК РСФСР от части 62 УК РСФСР заключается в том, что последняя относится к лицам, совершившим уголовное преступление и приговоренным к наказанию, не связанному с лишением свободы. Установление судом ограничения дееспособности имеет двоякое значение. С одной стороны, этот акт представляет собой косвенную меру борьбы с алкоголизмом, с другой — защищает интересы лиц, которые в той или иной степени зависят от субъекта, злоупотребляющего спиртными напитками. В том случае, если будут представлены объективные доказательства о прекращении злоупотребления алкоголем, суд вправе полностью восстановить дееспособность такого лица.

Вместе с тем «ограничение дееспособности совершеннолетнего гражданина является весьма существенным вторже-

нием в его правовой статус и поэтому допускается законом при наличии серьезных оснований, которые должны быть установлены судом» *. Для обоснованного объективного решения этого вопроса предлагаются следующие критерии: наличие алкоголизма, брутальный, асоциальный характер злоупотребления алкоголем, что является причиной не каких-либо материальных затруднений семьи, а именно тяжелых затруднений. В соответствии со ст. 16 ГК РСФСР доказыванию в суде подлежат: 1) факты злоупотребления алкоголем, 2) тяжелые материальные затруднения в семье, 3) причинно-следственная связь между этими двумя обстоятельствами.

Согласно ст. 258 Гражданского Процессуального Кодекса РСФСР (и соответствующим статьям ГПК других союзных республик), дело о признании гражданина ограниченно дееспособным из-за злоупотребления алкоголем может быть начато как по заявлению членов его семьи, общественных организаций, прокурора, органа опеки и попечительства, так и по заявлению психиатрического учреждения. В соответствии с этим суды должны располагать следующими материалами: актами органов милиции и общественных организаций, данными о нарушениях общественного порядка, характеристиками с места работы, показаниями свидетелей, в которых должны быть отражены обстоятельства, указывающие на чрезмерное злоупотребление данным гражданином спиртными напитками, вследствие чего его семья несет тяжелый материальный ущерб, а также данными об установленных в медицинских учреждениях признаках хронического алкоголизма.

Как известно, медицинское заключение оценивается судом наряду с другими доказательствами. В случае же несогласия суда с медицинскими выводами должны быть приведены убедительные аргументы.

Основываясь на материалах судебных разбирательств дел об ограничении дееспособности граждан, З. Корнева и М. Уварова,** подчеркивают тот факт, что иногда решение об ограничении дееспособности выносится только на основании медицинского заключения о наличии хронического алкоголизма, тогда как подобное решение допускается, во-первых, при условии, что в связи с алкоголизмом семья ставится в тяжелое материальное положение, и, во-вторых, когда имеется непосредственная причинная связь последнего с система-

* Гражданское право, МГУ им. М. В. Ломоносова, т. I, М., 1969, стр. 115.

** З. Корнева, М. Уварова. Судебное разбирательство дел об ограничении дееспособности граждан. — «Советская юстиция», 1977, 5, с. 12—13.

тическим злоупотреблением спиртными напитками (даже без наличия клинических признаков хронического алкоголизма). Только в этом случае суд имеет основание для применения ст. 16 ГК РСФСР. Конечно, неправомерным будет решение суда об ограничении дееспособности по показаниям лишь заинтересованных лиц, но без одновременного представления медицинского заключения.

Врачам-экспертам необходимо иметь представление о порядке судебного разбирательства дел об ограничении дееспособности в соответствии со ст. 16 ГК РСФСР. Суды в данном случае не рассматривают такие дела в порядке искового производства, как это осуществляется по делам о недееспособности граждан. Дела по ограничению дееспособности рассматриваются по правилам особого производства, так как в них нет иска, нет сторон — предполагаемых субъектов спорного правоотношения. При судебном разбирательстве в таких случаях алкоголики (наркоманы) именуются заинтересованными лицами, а члены семьи, терпящие ущерб от таких субъектов, принимают участие в процессе как заявители вне зависимости от того, какая инстанция возбудила дело.

Суд рассматривает дело об ограничении дееспособности в присутствии заинтересованного лица, прокурора и обязательно в присутствии представителя органа опеки и попечительства, каковым, учитывая специфику гражданских дел по решению вопросов дееспособности — недееспособности, является сотрудник отдела здравоохранения исполнительных комитетов.

Перечисленные процессуальные особенности свидетельствуют о той важной роли, которая придается работникам здравоохранения как участникам судебного разбирательства при вынесении решения об ограниченной дееспособности.

Принимая во внимание необходимость получения психиатрического заключения о характере алкоголизма субъекта в делах по ограничению дееспособности, следует помнить, что при проведении судебно-психиатрической экспертизы в ряде случаев правомерно в резолютивной части заключения рекомендовать не только проведение принудительного противоалкогольного лечения в соответствии со ст. 62 УК РСФСР, но с учетом ч. 5 данной статьи и применение ст. 16 ГК РСФСР. Рекомендации такого рода возможны во всех случаях, когда по составу совершенного правонарушения не предусматривается мера наказания, связанная с лишением свободы, а также тогда, когда субъект привлекается к уголовной ответственности по статьям Уголовного Кодекса, не предусматривающим длительных сроков наказания (96, 97,

98—I, 99, 112, 122, 130, 131, 144—1, 198, 209 и другие статьи УК РСФСР).

Психиатры-эксперты должны активнее ставить перед судами вопрос о применении ч. 5 ст. 62 УК РСФСР к лицам, злоупотребляющим алкоголем или наркотическими веществами, тем более, что как это видно из изложенных юридических установок, такая позиция имеет несомненную правовую основу. В связи с изложенным следует напомнить, что в п. 12 Постановления VI Пленума Верховного Суда СССР от 26.09. 75 г. отмечено: «Учитывая, что правильное разрешение дел об ограничении дееспособности граждан и других гражданских дел, возникающих в связи со злоупотреблением спиртными напитками, имеет важное значение в деле усиления борьбы с пьянством и алкоголизмом, суды обязаны обеспечить тщательную подготовку этих дел к судебному разбирательству, полное и всестороннее иследование всех обстоятельств, принятие законных и обоснованных решений».

При решении любого из перечисленных выше вариантов грамотная и своевременная оценка клинических проявлений алкоголизма, осуществленная врачами-психиатрами, будет способствовать реализации государственной политики в области борьбы с алкоголизмом и профилактики общественно опасных действий со стороны этих лиц.

Л-55492 от 29.5.83 г. Зак. 1280. Тир. 3000.

Типография Министерства здравоохранения СССР